

## CHAPITRE 11

# Qui gère le processus post-FDAL au sein de la communauté ? Étude de cas du sous-comté de Nambale dans l'ouest du Kenya<sup>1</sup>

*Elizabeth Wamera*

### Résumé

*Le suivi post-FDAL est essentiel au maintien du statut de Fin de la défécation à l'air libre (FDAL) et doit dès le départ être intégré dans la programmation ATPC. Ce chapitre explore à qui incombe ces activités et comment il est possible de les motiver et de les financer. Il souligne l'importance que revêt l'identification des structures administratives et sociales existantes avant la mise en œuvre. En examinant les raisons du succès rencontré dans le sous-comté de Nambale, déclaré FDAL en 2012, le chapitre se penche sur le rôle des agents de santé communautaire (ASC) qui, en vertu de l'approche stratégique en matière de santé communautaire au Kenya (ASSC), ont un domaine de compétences plus large qui englobe désormais l'ATPC dans le suivi et le travail avec les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés au sein des communautés. Le chapitre souligne les problèmes rencontrés, tels que les incitations pour motiver les ASC, ainsi que le risque de voir les structures gouvernementales décentralisées engendrer une inégalité entre les districts et différents niveaux de financement pour les mêmes activités, ce qui menacerait l'obtention du statut FDAL et sa pérennité.*

**Mots clés :** durabilité FDAL, gardiens du statut FDAL, agents de santé communautaire (ASC), suivi post-FDAL, Kenya

### Introduction

Le suivi post-FDAL dans les communautés est essentiel pour la durabilité à long terme du comportement qui met fin à la défécation à l'air libre (FDAL) (Bevan, 2011 ; WSP, 2011 ; UNICEF, 2014 ; Cavill *et al.*, 2015). Toutefois, jusqu'à récemment, c'est un élément qui a été largement négligé. Le plus souvent, les agences de mise en œuvre et leurs bailleurs de fonds n'ont pas de stratégie pour stimuler (et financer) des améliorations continues à l'issue de l'obtention du statut FDAL, pour renforcer les capacités ou pour contrer la régression (Venkataramanan, 2012). À l'issue d'une déclaration du statut FDAL, la majorité des organisations de mise en œuvre partent ou réduisent considérablement leur soutien communautaire, tout particulièrement quand les budgets sont limités dans le temps et qu'il y a des pressions pour atteindre des objectifs, à moins que les activités du programme ATPC ne soient intégrées dans d'autres initiatives communautaires. Toutefois, depuis quelque temps, un soutien à plus long terme est piloté dans plusieurs endroits (voir le

Tableau 11.1). Le fait de travailler dès le départ avec les collectivités locales a été documenté comme étant la façon la plus faisable et la plus efficace de garantir la durabilité à des fins de mise à l'échelle (Perez *et al.*, 2012). Toutefois un défi clé réside dans le fait que les partenariats solides forgés entre les autorités (centrales et locales), les ONG et d'autres agences de mise en œuvre sont habituellement axés sur les premières étapes du processus ATPC qui débouchent sur la déclaration du statut FDAL, la certification et les célébrations FDAL mais n'englobent pas d'activités post-FDAL.

Les projets post-FDAL qui existent se concentrent souvent sur le marketing de l'assainissement et aident les communautés à progresser le long de l'échelle de l'assainissement (Verhagen and Carrasco, 2013) ; ils ne se préoccupent généralement pas de savoir comment le changement de comportement peut être ancré dans la communauté afin de devenir une nouvelle norme sociale (voir Dooley *et al.*, 2016, cet ouvrage). Il est présumé que le suivi post-FDAL coulera de source grâce aux leaders naturels bénévoles qui vivent dans les communautés. Ils doivent se débrouiller pour continuer à travailler à l'issue du retrait du soutien des ONG et des autorités dont ils disposaient jadis<sup>2</sup>. Toutefois, des études récentes ont souligné que le soutien extérieur, le suivi et l'encouragement des communautés est essentiel au maintien du changement de comportement (Hanchett *et al.*, 2011 ; WSP, 2011 ; Tyndale-Biscoe *et al.*, 2013 ; Thomas and Bevan, 2013 ; UNICEF, 2014).

Les questions clés sont les suivantes :

- Que se passe-t-il après l'obtention du statut FDAL ? Le comportement FDAL est-il maintenu ? Qui se charge des activités post-FDAL ?
- Qui finance les activités post-FDAL une fois les projets terminés ?
- Qu'arrive-t-il aux leaders naturels bénévoles non rémunérés ?

Cette dernière question a été soulevée vis-à-vis des individus ou des groupes devenus d'office les responsables de la durabilité post-FDAL dans les communautés ayant décroché le statut FDAL. Il est présumé qu'à l'issue de la déclaration du statut FDAL, les leaders naturels gardent leur enthousiasme et continuent à travailler sans rémunération puisqu'ils vivent dans la communauté. Il est également supposé que le travail est essentiellement terminé et que ce qui reste à faire est en fait minime. Or, le rôle des leaders naturels dans le maintien des comportements est essentiel ; c'est une tâche laborieuse qui, de surcroît, a des implications financières. Les examens systématiques récents des performances des agents de santé communautaire (ASC) ont révélé que la motivation et la rémunération étaient importantes pour obtenir des résultats (Glenton *et al.*, 2013 ; Kok *et al.*, 2014).

Ce chapitre soutient que l'identification des structures et des groupes administratifs et sociaux existants au sein des communautés et des pouvoirs publics avant la mise en œuvre de l'ATPC et leur intégration dès le départ dans le processus ATPC revêtent une importance vitale dans le maintien du statut FDAL. Le suivi post-FDAL nécessite un soutien, un engagement et une action de la part de nombreux acteurs (par exemple, les communautés, les autorités locales et nationales, les exécutants du projet) et il n'est pas simple de trouver un juste équilibre entre eux. L'élargissement du domaine de compétences des structures existantes de manière à inclure le suivi pourrait contribuer à compenser les pressions auxquelles sont confrontés beaucoup de pouvoirs publics et de communautés en termes de temps et de financement. Cela crée aussi un point d'entrée direct dans la

communauté, en donnant accès aux membres de la communauté qui pourraient autrement être marginalisés ou exclus. Le chapitre souligne comment l'Approche stratégique en matière de santé communautaire (ASSC) du gouvernement kenyan a été élargie de manière à inclure l'ATPC et comment le domaine de compétences des ACS a été étendu pour englober les activités de suivi ATPC au sein de la communauté. C'est le cas du sous-comté de Nambale dans le comté de Busia au Kenya qui a été retenu pour illustrer la façon de procéder.

### **Étude de cas du sous-comté de Nambale**

En 2006, le ministère de la Santé du Kenya a élaboré l'Approche stratégique en matière de santé communautaire (ASSC) (MOH, 2006). Cette stratégie se concentre sur l'accroissement de la capacité des ménages à s'occuper de leur santé en soutenant un accès équitable de la communauté aux soins et services de santé dans l'ensemble du pays. La conception de cette approche englobe le renforcement des capacités des personnes extérieures au secteur de la santé et porte sur des approches spécifiques au niveau communautaire. Une nouvelle constitution nationale a été introduite en 2010 et, dans le cadre du nouveau système décentralisé, les comtés sont désormais chargés de dispenser les services de santé et de mettre en œuvre des programmes sanitaires (National Coordinating Agency for Population and Development *et al.*, 2010). Désormais, les comtés « ont le pouvoir de prendre des décisions, d'adapter les politiques générales à leur contexte local, d'assurer le financement, la mise en œuvre et la gestion » (McCollum *et al.*, 2015: 2). Il a été créé des unités communautaires (UC) qui soutiennent les discussions, la mise en œuvre et le suivi des différentes initiatives. Chaque unité se compose de 5.000 personnes. Des Comités de santé communautaire (CSC) ont été mis sur pied pour gérer le fonctionnement quotidien des UC. Les membres des CSC sont élus lors de la réunion des adjoints en chef (*baraza*). Le comité lui-même est présidé par un membre respecté de la communauté. Il devrait compter neuf membres pouvant inclure des représentants des groupes de jeunes, des groupes de confession religieuse, des groupements de femmes, des ONG, des personnes vivant avec le VIH/Sida et des personnes handicapées. Au moins le tiers des membres du comité devraient être des femmes (MOH, 2009a).

Les UC sont principalement facilitées par des ASC bénévoles qui, dans le comté de Busia, sont principalement des membres de groupements de femmes existants<sup>3</sup>. Le Tableau 11.1 décrit leurs rôles et attributions clés et le processus de sélection. Les ASC rassemblent les données sanitaires qui sont transmises au siège du comté pour donner une indication de l'état de santé du comté. Les ASC sont différents des conseillers en santé communautaire (CESC) qui sont des agents rémunérés et désignés par les pouvoirs publics, en poste dans des établissements de soins locaux (cliniques/dispensaires publics). Les CESC supervisent environ 25 ASC chacun (MOH, 2012), mais dans la pratique ce nombre est souvent beaucoup plus élevé. Après 2011, lorsque l'ATPC a été introduit au Kenya, les indicateurs d'assainissement ont été inclus dans la collecte de données et le profil de poste des ASC a été modifié pour inclure des activités ATPC. Parmi celles-ci figurait « le suivi des progrès vers la construction de latrines, la collecte des indicateurs d'assainissement, d'hygiène et d'ATPC (p. ex. le nombre de villages déclenchés et ceux ayant obtenu le statut FDAL) et la notification des données sur une base trimestrielle » (Crocker and Rowe, 2015: 2)<sup>4</sup>.

**Tableau 11.1** Rôles et attributions des agents de santé communautaire selon l'Approche stratégique en matière de santé communautaire actuellement en vigueur au Kenya

Dotation en personnel par unité communautaire	Sélection et recrutement	Formation	Tâches	Supervision
50	Désignés par la communauté mais la sélection est facilitée par les représentants de la communauté Doivent savoir lire et écrire Résidents permanents au sein de la communauté Doivent faire preuve d'attitudes appréciées par la communauté	Formation initiale de 10 jours suivie par des stages de perfectionnement	Entrée dans communauté, organisation, sensibilisation pour 100 personnes Enregistrement des ménages, collecte de données Compilation des données au tableau Dialogue communautaire en faveur du changement Tenue des registres et rédaction de rapports Promotion de la santé Reconnaissance et classification des pathologies fréquentes et décision des mesures à prendre Visite à domicile Formation et soutien aux aidants à domicile	Supervisés par les CESC et le comité de santé communautaire

Source : McCollum *et al.*, 2015

Le comté de Busia abrite Nambale, le premier sous-comté du Kenya à avoir été déclaré FDAL en 2012 – et à ce jour Nambale demeure FDAL (MOH/UNICEF, 2015). Le pourcentage total de défécation à l'air libre (DAL) dans le comté de Busia a été récemment évalué à 8 pour cent (MOH, 2013a, b ; WSP, 2014 ; Kenya Open Data). Dans le classement national des comtés en matière d'assainissement établi par le ministère de la Santé, Busia est classé comme le troisième meilleur du pays sur un total de 47 comtés. Un tel résultat a suscité des visites d'échange à Nambale par d'autres exécutants venus s'informer en écoutant les résidents de ces communautés. Les visites ont créé des opportunités pour permettre à d'autres de comprendre comment ils avaient conservé le statut FDAL et la façon dont ils avaient géré les ménages qui étaient revenus à la pratique de la DAL. Une raison clé du succès repose dans l'intégration de l'ATPC dans l'ASSC et l'utilisation des ASC pour assurer le suivi. Une autre raison réside dans l'étroite relation de travail qui existe entre la cellule de santé publique et l'unité communautaire aux niveaux du sous-comté et du comté qui garantit un appui coordonné au niveau communautaire. Nambale dispose aussi d'une couverture totale en UC, ce qui n'est pas le cas partout au Kenya.

Les conseillers en santé communautaire (CESC) attribuent 15 à 20 ménages à chaque ASC ; il s'agit de ménages qui sont relativement accessibles aux ASC, en fonction de la taille du village et du nombre de membres de groupe disponibles. Ils sont bien respectés au sein de la communauté et sont capables de toucher chaque membre, indépendamment de leur situation. Ils accèdent à tous les foyers, aussi bien les ménages très pauvres, dirigés par des enfants ou par des femmes seules, que le domicile de personnes âgées ou handicapées. Il s'agit de ménages qui, d'ordinaire, n'assisteraient pas aux séances de déclenchement et qui figurent souvent parmi les premiers à revenir à la pratique de la DAL (voir Robinson et Gnilo, 2016, cet ouvrage). Les ASC peuvent représenter ces groupes marginalisés lors des réunions et dans les réunions du CSC. Le suivi continu des comportements peut garantir le maintien du comportement acquis au moment de l'obtention du statut FDAL (MOH, 2014a). L'accès à ces ménages veille à ce que tout le monde soit touché et que les cas de régression soient traités en tenant compte du contexte (Milward *et al.*, 2014). D'autres recherches sont requises afin de mieux comprendre le rôle des ASC dans le maintien du changement de comportement.

### ***Mesures prises pour faire en sorte que le changement de comportement soit maintenu***

Des journées de dialogue communautaire sont organisées afin de mener des débats sur des questions de santé et d'assainissement, facilités par les CESC ou les ASC. Ces journées devraient avoir lieu une fois par mois et sont particulièrement animées dans les endroits où les CSC sont dynamiques. Les données sanitaires sont examinées et la communauté discute de moyens pour appuyer le maintien du comportement nouvellement acquis et pour suivre les progrès. Cette information est transmise à l'équipe sanitaire du sous-comté qui fournit un suivi et un soutien pour veiller à ce que le comportement soit maintenu.

La présomption que les groupes existants allaient indéfiniment continuer le travail de suivi au sein de la communauté a très vite été mise à rude épreuve, les bénévoles devenant rapidement démotivés, des priorités conflictuelles venant se disputer les fonds limités des ménages, ou en cas de régression due, par exemple, à l'effondrement des latrines en raison d'une inondation ou d'un sol meuble (MOH, 2014a). Le manque de soutien financier pour continuer le suivi post-FDAL à Nambale a incité les ASC à repenser leur stratégie. Ils sont revenus sur leur objectif initial pour se rassembler, afin de se soutenir mutuellement d'un point de vue socio-économique et de lancer des activités génératrices de revenu (AGR) pour lever les fonds supplémentaires requis pour la promotion des travaux d'hygiène et d'assainissement (p. ex. la facilitation et la coordination du suivi et des visites à domicile) (Ochieng, 2014). Parmi les AGR mises en place, on peut citer des jardins potagers, l'élevage de petits animaux, la vente de produits de santé comme les produits de traitement de l'eau, la fabrication et la vente de serviettes hygiéniques. Les communautés sont en mesure d'accéder à ces produits à crédit pour veiller à ce qu'ils soient disponibles quand elles en ont besoin.

Les ASC sont considérés comme des modèles qui encouragent un changement de comportement durable au sein de la communauté. Ils ont mis en place des sanctions collectives en fonction du type de latrines acceptable. Par exemple, si la latrine d'un membre ne respecte pas les normes attendues, les autres membres n'assisteront pas aux réunions au domicile du membre en question tant que sa latrine ne sera pas construite et entretenue correctement. Il existe aussi des sanctions pour les autres membres de la communauté. Par exemple, on attend de ceux qui sont jugés avoir une source de revenu qu'ils aient de meilleures latrines que le reste de la communauté. Si leurs latrines ne sont pas en bon état, les ASC leur écrivent pour leur dire qu'en l'absence de mesures rectificatives/d'amélioration

dans un délai prescrit, des sanctions seront prises. Ils écrivent également des courriers aux employeurs pour leur demander de fournir des prêts à leurs employés pour qu'ils puissent améliorer leurs latrines. Ces types de sanctions sociales introduites par la communauté ont permis au sous-comté de Nambale d'avoir des ménages qui ont des latrines abordables et accessibles.

### **Défis**

L'un des points faibles de l'ASSC concerne le fait qu'elle ne prévoit pas de mécanismes ou d'incitations à la durabilité. Des irrégularités, des incohérences et une rémunération insuffisante ont sapé la motivation des ASC (MOH, 2014b). On déplore un appui financier ou un engagement de fonds limité pour la santé communautaire et l'assainissement au sein du gouvernement. D'après McCollum (2015), le manque de fonds pour payer les salaires des ASC a été identifié comme une menace à la durabilité de l'ASSC au Kenya et leur statut de bénévole s'est traduit par un taux élevé de diminution des ASC et un manque de redevabilité. Les CESC ont des capacités de supervision limitées sur les ASC (MOH, 2014b). Globalement, le manque de structure et de supervision a également été identifié comme un problème. La charge de travail est élevée et peut imposer des pressions sur la vie de famille, notamment si les ASC sont principalement des femmes, comme c'est le cas dans le comté de Busia.

La révision de l'ASSC est désormais en cours pour tenter de résoudre certains de ces problèmes. Un élément clé proposé est d'accroître le nombre et de clarifier le rôle des CESC rémunérés par les autorités du comté qui travaillent au niveau communautaire et de diminuer le nombre d'ASC non rémunérés. Les recommandations parlent de cinq CESC employés par UC (MOH, 2014b ; voir la Figure 11.1). L'initiative des groupes d'ASC visant à mettre en place des AGR a également été identifiée par le gouvernement comme un facteur qui contribuerait au maintien du travail des ASC, et elle a donc été intégrée dans la stratégie (MOH, 2014b). Dans le système nouvellement décentralisé, les comtés peuvent désormais déterminer s'ils octroient ou non une indemnité aux ASC (MOH, 2014b). Les indemnités sont consolidées pour créer un capital destiné à lancer les AGR ou, dans certains cas, les exécutants ATPC fournissent de l'argent pour assurer le suivi. Si c'est une bonne initiative, le fait qu'il appartient aux comtés de décider du degré d'investissement dans ce domaine (et dans l'ASSC à part entière) pourrait entraîner une inégalité au sein du pays, certains comtés préférant donner la priorité à d'autres activités et n'allouant pas un budget suffisant. Cela limiterait le succès de l'ASSC, ce qui aurait des répercussions sur la durabilité du statut FDAL. Les manques de financement doivent être reconnus et résolus par les comtés ; la hausse du nombre de CESC rémunérés fait qu'ils devront prévoir des coûts plus élevés dans leur budget.

Il y a aussi d'autres implications en matière d'équité qui méritent d'être prises en compte. Au Kenya, l'établissement des UC a souvent été soutenu par des ONG et des bailleurs de fonds plutôt que par des pouvoirs publics, de sorte que l'on est arrivé à une inégalité dans leur distribution géographique. Ce constat change dans certains comtés suite à la dévolution en 2010 ; néanmoins, cela reste un défi. La dévolution rapproche la prise de décisions des communautés, ce qui donne une occasion pour faire en sorte que les réalités

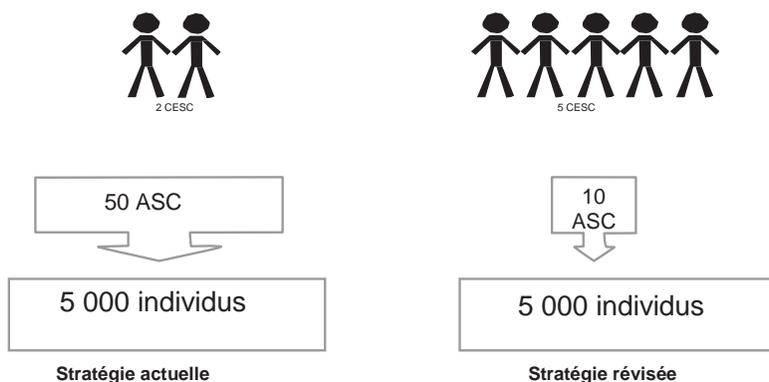


Figure 11.1 Structure des ASC selon la stratégie actuelle et révisée  
 Source : McCollum *et al.*, 2015

propres au terrain soient intégrées dans l'ASSC et les plans de suivi post-FDAL (Ochieng *et al.*, 2014). Toutefois, cela peut aussi se traduire par une inégalité entre les comtés. Certains comtés disposent d'une bonne couverture, alors que d'autres ont souvent très peu d'UC, voire pas du tout, et les gens doivent se déplacer sur de longues distances pour s'y rendre (McCollum *et al.*, 2015). Cela exerce un impact direct sur l'aptitude des ASC à mener à bien le suivi post-FDAL. Les régions qui n'ont pas d'UC, où là où le comté décide de ne pas financer l'ASSC suffisamment, ne feront pas l'objet d'un suivi, ce qui pourrait provoquer une régression. Souvent, ces régions seront les plus reculées ou les plus pauvres (voir Cavill *et al.*, 2016, cet ouvrage).

## Ancrage du changement de comportement à l'issue de l'obtention du statut FDAL : enseignements

### *Identification et intégration des groupes sociaux existants dans le processus ATPC*

Comme on l'a décrit dans l'étude de cas, il est important pour la durabilité post-FDAL de comprendre la dynamique sociale de la communauté avant d'introduire un programme ATPC. Lorsque le processus ATPC est conçu pour reposer sur des structures administratives et sociales établies au niveau du village, cela peut contribuer à un bon déclenchement, à l'inclusion des groupes marginalisés, à l'obtention du statut FDAL et à la durabilité post-FDAL, tout en réduisant la quantité de travail supplémentaire requis pour réaliser des activités afin d'appuyer ces résultats à long terme. Les groupements sociaux existants ou les influences clés dans la communauté, telles que les ASC ou les groupements de femmes, devraient être identifiés dès le stade du pré-déclenchement (par exemple grâce à des exercices de cartographie) puis inclus dans le processus ATPC dès le départ, de façon à ce qu'ils puissent internaliser l'approche ATPC et devenir les gardiens du changement de comportement atteint au sein de la communauté (Maule, 2013 ; Dooley *et al.*, 2016, cet ouvrage). Les groupements de femmes du sous-comté de Nambale se sont d'abord réunis pour se soutenir mutuellement d'un point de vue socio-économique ; désormais, ils comptent parmi les forces qu'il ne faut pas sous-estimer car ils sont respectés, fiables et influents et ils ont accès à différents ménages, y compris les plus pauvres et marginalisés. L'engagement de ces groupes peut faciliter un environnement porteur pour maintenir le changement de comportement.

## **Renforcement des capacités et incitations**

Dans le sous-comté de Nambale, le renforcement des capacités au sein des groupes communautaires existants et veiller à la bonne gestion, à l'engagement et à la fidélisation des agents communautaires et autres champions ont été des facteurs critiques pour consolider le maintien du comportement (voir l'Encadré 11.1). Pour y parvenir, un soutien extérieur s'impose. En guise d'exemple, on peut citer un système formalisé de soutien aux leaders naturels, en groupe ou organisation officiel(le), qui se poursuivra post-FDAL (Rao, 2015 ; Cavill *et al.*, 2015). La formation continue des leaders naturels ou des groupes communautaires et le dédommagement financier ultérieur (p. ex. pour couvrir le temps passé et leurs dépenses lorsqu'ils se rendent dans d'autres communautés) serait un moyen de les rendre plus responsables envers les autorités locales en matière de suivi et de production de rapports. Cela constituerait des capacités durables au sein de la communauté et cela aiderait à contrer le problème d'une dépendance excessive sur des individus susceptibles de partir ou de passer à autre chose. Néanmoins, il faut prendre soin d'éviter de fragiliser le bénéficiaire. Toutefois, actuellement, il n'y a que très peu de cas où il existe des plans clairs<sup>5</sup> conçus pour soutenir les ASC ou les leaders naturels dans leur travail post-FDAL (voir l'Encadré 11.1).

### **Encadré 11.1 Renforcement des capacités en cours dans différents pays d'Afrique**

- Le Nigéria organise une table ronde nationale annuelle sur l'ATPC pour passer en revue les progrès, débattre des problèmes rencontrés et des leçons apprises, et reconnaître différents acteurs en donnant des récompenses aux leaders naturels, aux autorités locales affichant les meilleurs résultats, etc. Cette démarche renforce les liens entre les parties prenantes et crée aussi une concurrence saine pour préserver le statut FDAL (Schouten and Smits, 2015). La réunion annuelle est le point culminant d'une série de réunions régionales de consultation sur l'ATPC qui ont jeté un éclairage sur ce qui se passe au niveau local.
- Plan International en Éthiopie a aidé les leaders naturels à créer une association dont la structure est comparable à celle d'une entreprise et elle leur a dispensé une formation en compétences managériales pour faire de leur groupe une entité viable et rentable. L'association se concentre sur la durabilité du statut FDAL et elle s'attache à aider les communautés à progresser le long de l'échelle de l'assainissement, par exemple grâce à diverses activités économiques d'assainissement, telles que la fabrication de dalles et autres matériaux d'hygiène ou encore la gestion des déchets solides (Cavill *et al.*, 2015).
- Plan International au Malawi a aidé les leaders naturels à créer des réseaux aux niveaux de la région, du district et du village afin d'échanger des informations et de valider les données de suivi provenant d'autres districts (Kapatuka, 2013).
- En 2013, le ministère de la Santé kenyan a entamé un programme pour former des leaders naturels dans 40 districts, ayant bénéficié d'un financement de la part du gouvernement néerlandais (MOH, 2014b). Les leaders naturels ont reçu une formation dans l'organisation de dialogues communautaires, de réunions de réflexion et de visites d'échange. Ils ont aussi été exposés au processus de consolidation des acquis. Cela a permis de renforcer les capacités des leaders naturels, de les motiver à travailler comme consultants communautaires sur des questions touchant l'assainissement. Cela leur a aussi donné une forme de revenu. Ainsi par exemple, ils reçoivent une indemnité lorsqu'ils accompagnent les équipes de santé publique quand elles se rendent dans des villages (différents des leurs) pour des missions de vérification ou de certification du statut FDAL. Cela les a également motivés pour faire en sorte que leurs propres villages restent FDAL car leurs villages sont considérés comme des références lorsque la vérification du statut FDAL intervient ailleurs. Certains des leaders naturels ont également été formés au déclenchement institutionnel là où il existe des problèmes d'obtention du statut FDAL ou des taux élevés de régression.
- Des accompagnateurs communautaires à Madagascar ont été formés à la construction de latrines durables, ce qui veut dire qu'ils sont sûrs d'avoir un revenu s'ils réalisent des travaux d'assainissement post-FDAL et s'imposent comme des entrepreneurs de l'assainissement dans la communauté (Venkataramanan, 2012 ; Milward *et al.*, 2014).

Il est important d'encourager les groupes communautaires et de comprendre leurs motivations pour le maintien sur la durée d'un changement de comportement. Dans le sous-comté de Nambale, comme dans tous les sous-comtés du Kenya, les ASC travaillent sur la base du bénévolat et certains investissent le peu d'argent et de temps dont ils disposent pour faire en sorte que le statut FDAL est préservé une fois qu'il a été obtenu. Nous ne devrions pas présumer pour autant qu'ils seront toujours enclins et capables de le faire bénévolement, sans rémunération sur la durée, sans soutien ni incitations. Les incitations peuvent se présenter de différentes façons ; elles peuvent être de nature financière ou professionnelle ou il peut s'agir de contrats de performance pour le personnel de santé, de mentorat ou de supervision, de stages de perfectionnement périodiques ou d'un programme de développement professionnel pour maintenir la qualité des interventions sur le changement de comportement. McCollum *et al.* (2015: 7) ont trouvé que les incitations non financières étaient plus importantes car les « ACS tirent un sentiment de fierté à l'idée de servir de modèle, et un sentiment d'accomplissement devant le changement de comportement communautaire, la reconnaissance de leurs supérieurs, le soutien de la communauté et de leurs pairs ». Mais ils estiment aussi que l'absence de salaire est démotivante et qu'elle a exercé un impact sur les performances des prestataires, une diminution des effectifs et de la redevabilité (McCollum *et al.*, 2015).

### **Engagement des pouvoirs publics**

La mobilisation et l'engagement à long terme des pouvoirs publics sont essentiels (Musyoki, 2016, cet ouvrage). L'incorporation d'indicateurs ATPC dans la stratégie nationale ou sectorielle et leur intégration dans les structures administratives existantes contribuent à la pérennité du statut FDAL (voir le Tableau 11.2 ; MOH, 2014b ; Wijesekera and Thomas, 2015). À ce stade, le statut FDAL devient la première étape d'un processus à plus long terme vers les principaux résultats des interventions sanitaires et du changement de comportement. Les feuilles de route nationales FDAL devraient être élargies pour incorporer un suivi post-FDAL (MOH, 2011 ; MOH/UNICEF, 2015 ; Musyoki, 2016, cet ouvrage). Cela permettrait de veiller à ce que les visites de suivi ou les besoins de surveillance continue soient pris en compte, intégrés et budgétés. Un processus de suivi structuré peut sensiblement améliorer la fiabilité et l'efficacité du suivi post-FDAL. Cela comprend l'identification des implications financières du soutien requis pour permettre au suivi au niveau communautaire d'aller de l'avant de façon à ce qu'il soit intégré dans le programme dès le départ tout en mobilisant la cellule gardienne de la pérennité post-FDAL du processus ATPC.

**Tableau 11.2** Exemples montrant où le suivi post-FDAL a été intégré dans les systèmes gouvernementaux

Madagascar	Des consultants et des champions communautaires travaillent en étroite collaboration avec les pouvoirs publics par le biais des structures de leadership traditionnelles et culturelles aux échelons administratifs les plus bas dénommés <i>Tangalmena</i> ou <i>Ampjanka</i> (Milward <i>et al.</i> , 2014). Ces leaders ont été identifiés au moment du pré-déclenchement, post-déclenchement ou durant le suivi et ils ont assumé la tâche de mener à bien le suivi sur les questions liées à l'assainissement dans les communautés en plus de leurs responsabilités de leadership.
------------	---

(Voir page suivante)

**Tableau 11.2** Exemples montrant où le suivi post-FDAL a été intégré dans les systèmes gouvernementaux (Suite)

---

Malawi	Au Malawi, les ASC rendent compte aux autorités locales par le biais des équipes de conseil sanitaire qui sont dirigées par l'Adjoint en santé environnementale, lequel rend compte aux équipes de coordination du district qui apportent un appui complémentaire afin de faciliter leur tâche qui consiste à veiller au maintien du statut FDAL. Ingénieurs sans Frontières Canada a travaillé en étroite collaboration avec le personnel des autorités locales dans deux districts du Malawi à la « réorganisation des conseillers sanitaires » pour la mise en œuvre et le suivi de l'ATPC par le biais d'une approche baptisée « suivi par blocs » ( <i>block monitoring</i> ). Cette approche permet de faire en sorte que les activités d'ATPC et de promotion de l'hygiène soient directement intégrées dans le travail quotidien du centre de soins. Il n'y a pas de financement de projet spécifique à cette fin mais ce sont les ressources existantes des services de vulgarisation sanitaire qui sont utilisées. Les ASC sont assignés à des blocs de villages et effectuent des activités ATPC en plus de leur travail quotidien. Jusqu'ici, cette approche a été couronnée de succès, mais elle n'est pas sans risque car le système est conçu pour être défendu par une seule personne au centre de soins. Si ce défenseur part ou ne se présente pas à son poste, c'est le système tout entier qui pourrait être paralysé (Kennedy and Meek, 2013).
Éthiopie	Les conseillers sanitaires font partie d'un système public structuré et sont formés au préalable sur différentes questions sanitaires telles que la planification familiale et la nutrition, ainsi que l'assainissement.
Somalie	La Somalie a vite appris des leçons des autres pays et elle travaille désormais à l'intégration d'indicateurs FDAL dans le cadre d'un suivi sanitaire de routine, ancrant ainsi l'assainissement dans la programmation sanitaire de base. Le suivi de l'assainissement figure désormais dans le profil de poste des agents de santé (Thomas and Bevan, 2013).
Mauritanie	En Mauritanie, l'ATPC a été intégré dans les programmes existants de Pratiques familiales essentielles, qui réalisent des activités de déclenchement et de suivi post-FDAL pendant au moins deux ans après l'obtention du statut FDAL. Des primes sont accordées aux facilitateurs pour chaque nouveau village certifié FDAL (Weddady and Sandoz, 2011).

---

## Et pour la suite : recommandations et défis

Pour arriver à une durabilité à long terme du comportement FDAL et ancrer une nouvelle norme sociale dans les mentalités, l'ATPC doit devenir un mode de vie et non plus un projet (voir aussi Dooley *et al.*, 2016, cet ouvrage). Les moyens d'y parvenir comprennent les éléments suivants :

- Les structures sociales et administratives existantes devraient être identifiées au sein des communautés et des pouvoirs publics avant la mise en œuvre de l'ATPC et elles devraient trouver leur place dès le départ dans le processus ATPC. Ceci permettrait de veiller à ce qu'au-delà du statut FDAL, la communauté soit bien placée pour poursuivre le contrôle, la vérification et le suivi moyennant un minimum d'efforts et de coûts financiers. Ces groupes devraient être bien placés pour toucher les populations les plus pauvres et les plus marginalisées de la communauté et veiller à ce qu'elles soient incluses dans le processus ATPC.

- Dans certains cas, des initiatives d'autofinancement comme les AGR seraient possibles pour contribuer aux coûts du suivi au sein des communautés, mais il ne faut pas miser dessus. Un engagement institutionnel à long terme ainsi que des moyens financiers et autres pour le suivi et le renforcement des capacités doivent être pris en compte dans la programmation (aussi bien par les pouvoirs publics que par les ONG) et ce dès le départ pour soutenir les groupes communautaires (Venkataramanan, 2012). Dans l'ASSC révisée au Kenya, l'accent est mis sur l'utilisation des AGR populaires et sur la fourniture de mécanismes de financement et d'incitations durables grâce à l'utilisation des ressources des autorités décentralisées (MOH, 2014b).
- Des structures formalisées pour soutenir le renforcement des capacités et les activités en cours des leaders naturels et des organisations communautaires ont besoin d'être établies.

Les défis sont colossaux. Comme le montre l'étude de cas du sous-comté de Nambale, il peut se révéler difficile d'équilibrer les tensions entre la mobilisation communautaire, l'enthousiasme et l'engagement à préserver le statut FDAL et la santé de leur communauté face au besoin simultané de responsabilité, d'engagement et de soutien des autorités (locales et nationales) envers les communautés post-FDAL. Les activités post-FDAL et le suivi et l'engagement à long terme ont besoin de devenir une priorité des pouvoirs publics et des agences de mise en œuvre et il faut intégrer des modalités institutionnelles appropriées (MOH, 2009b ; voir aussi Musyoki, 2016, cet ouvrage) ainsi que des ressources pour soutenir les groupes et les initiatives communautaires à travers des structures qui, loin de les entraver, favorisent les groupes existants. Au Kenya, la dévolution et l'augmentation des pouvoirs confiés aux comtés est une occasion pour rapprocher les communautés des processus de prise de décisions mais cette opportunité s'accompagne d'un risque d'inégalité ; des efforts doivent être déployés pour veiller à une distribution et un financement uniformes des processus ATPC dans tout le pays.

Il faut des recherches complémentaires pour comprendre dans quelle mesure le comportement FDAL peut être maintenu au-delà de la fin des projets et pour savoir comment y parvenir dans la pratique. L'ASSC révisée a pris en compte certaines des leçons apprises au cours des années écoulées et les a digérées. Le cadre révisé de mise en œuvre de l'ASSC apporte un soutien en matière de coordination, de partage et d'apprentissage grâce à la participation à des comités de coordination inter-agences (CCIA) pertinents et des forums de parties prenantes. Il cherche également à renforcer le financement sanitaire par la promotion d'activités de subsistance/entrepreneuriales au niveau de l'UC ; celles-ci englobent les AGR (MOH, 2014b). Des indicateurs clairs<sup>6</sup> ont été attribués à ces activités pour veiller à ce qu'il y ait des moyens de mesurer les progrès accomplis. L'intégration de l'ATPC dans l'ASSC au Kenya présente une occasion de renforcer le leadership et la gouvernance communautaires dans le secteur de la santé et de donner aux praticiens de l'assainissement un élan pour conforter les gains réalisés.

## À propos de l'auteur

**Elizabeth Wamera** est chargée de programme auprès du Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Elizabeth a travaillé au Kenya, au département de la santé environnementale du ministère de la Santé, comme experte en gestion des connaissances au sein de la CLTS Knowledge Hub en 2012-2013.

## Notes de fin

1. Nous adressons nos sincères remerciements à Rosalind McCollum pour la révision d'une version antérieure de ce chapitre et pour ses précieux commentaires et suggestions.
2. Par exemple, il leur serait parfois fourni une aide au déplacement, soit à vélo, soit à moto, ou encore une indemnité de transport (Wamera, 2015).
3. Par exemple, des accoucheuses traditionnelles, des groupements religieux de femmes (Mothers' Guild, Mothers' Union) ou encore des *merry-go-round*.
4. Le système présente encore des problèmes ; par exemple, une récente évaluation a montré que les données de suivi ne sont pas notifiées de façon cohérente et les coûts des projets ne sont pas surveillés (Crocker and Rowe, 2015).
5. Par exemple, en Sierra Leone, le manuel de formation suivant a été élaboré par le ministère de la Santé et de l'Assainissement, l'UNICEF et GOAL, [www.communityledtotalsanitation.org/resource/clts-training-manual-natural-leaders](http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/clts-training-manual-natural-leaders). Voir aussi des exemples en provenance de la Sierra Leone et de l'Éthiopie, [www.communityledtotalsanitation.org/resource/natural-leaders-networks](http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/natural-leaders-networks).
6. Les indicateurs de l'ASSC révisée de 2015 précisent clairement les activités entrepreneuriales/moyens d'existence qui seront pris en compte et comment ils seront gérés et mesurés.

## Références

- Bevan, J. (2011) *Review of the UNICEF Roll-Out of the CLTS Approach in West and Central Africa*, Briefing Paper 1247, 35th WEDC International Conference, Loughborough, UK, <http://wedc.lboro.ac.uk/resources/conference/35/Bevan-J-1247.pdf> [accessed 2 February 2016].
- Cavill, S. with Chambers, R. and Vernon, N. (2015) 'Sustainability and CLTS: Taking Stock', *Frontiers of CLTS: Innovations and Insights*, Issue 4, Institute of Development Studies, Brighton, <http://www.ids.ac.uk/publication/sustainability-and-clts-taking-stock>, [accessed 2 February 2016].
- Cavill, S., Roose, S., Stephen, C. and Wilbur, J. (2016) 'Putting the hardest to reach at the heart of the SDGs', in P. Bongartz, N. Vernon and J. Fox (eds.) *Sustainable Sanitation for All: Experiences, Challenges, and Innovations*, Practical Action Publishing, Rugby.
- Crocker, J. and Rowe, E. (2015) *Community-led Total Sanitation in Kenya: Findings from a Situational Assessment*, The Water Institute, University of North Carolina, Chapel Hill, <http://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/SituationalAssessmentKenya.pdf> [accessed 2 February 2016].
- Dooley, T., Maule, L. and Gnilo, M.E. (2016) 'Using social norms theory to strengthen CATS impact and sustainability', in P. Bongartz, N. Vernon and J. Fox (eds.) *Sustainable Sanitation for All: Experiences, Challenges, and Innovations*, Practical Action Publishing, Rugby.

- Glenton, C., Colvin, C.J., Carlsen, B., Swartz, A., Lewin, S., Noyes, J. and Rashid-ian, A. (2013) 'Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis', *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10 (10): CD010414 <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010414.pub2>>.
- Hanchett, S., Krieger, L., Kahn, M.H., Kullmann, C. and Ahmed, R. (2011) *Long-Term Sustainability of Improved Sanitation in Rural Bangladesh*, World Bank, Washington, DC, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/17347> [accessed 2 February 2016].
- Kapatuka, D. (2013) 'Natural leaders energizing change in villages to attain and sustain ODF status: A case study of Plan Malawi impact areas – Mulanje and Lilongwe districts', IRC Symposium, Ethiopia.
- Kennedy, M. and Meek, A. (2013) *Extension Agent Reorganization into a 'Block' system for CLTS – Implementation and Monitoring in Salima and Zomba Districts, Malawi*, paper presented at IRC Symposium on Monitoring Sustainable WASH Delivery, Addis Ababa, Engineers Without Borders Canada, [www.communityledtotalsanitation.org/resource/extension-agent-reorganization-block-system-clts-implementation-and-monitoring-salima-and-zomba-districts-malawi/](http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/extension-agent-reorganization-block-system-clts-implementation-and-monitoring-salima-and-zomba-districts-malawi/) [accessed 14 September 2015].
- Kok, M.C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J.E., Kane, S.S., Ormel, H., and de Koning, K. A. (2014) 'Which intervention design factors influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? A systematic review', *Health Policy and Planning*, 30(9): 1207–27 <<http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czu126>>.
- Maule, L. (2013) *Using Social Norms Theory to Strengthen UNICEF's CATS Programmes*, UNICEF, New York.
- McCullum, R. (2015) 'Implications of the community health policy change in Kenya in light of world health worker week', *REACHOUT*, 10 April, [www.reachoutconsortium.org/news/identifying-implications-of-community-health-policy-change-in-kenya-in-light-of-world-health-worker-week-whwweek/](http://www.reachoutconsortium.org/news/identifying-implications-of-community-health-policy-change-in-kenya-in-light-of-world-health-worker-week-whwweek/) [accessed 2 February 2016].
- McCullum, R., Otiso, L., Mireku, M., Theobald, S., de Koning, K., Hussein, S. and Taegtmeier, M. (2015) 'Exploring perceptions of community health policy in Kenya and identifying implications for policy change', *Health Policy and Planning*, 31(1): 10–20 <<http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czv007>>.
- Milward, K., Pradhan, S., and Pasteur, K. (2014) *Promising Pathways. Innovations and Best Practices in CLTS at Scale in Madagascar*, CLTS Foundation, Kolkata.
- Ministry of Health (MOH) (2006) *Taking the Kenya Essential Package for Health to the Community: A Strategy for the Delivery of Level One Services*, MOH, Government of Kenya, Nairobi.
- MOH (2009a) *The Kenya Community Health Strategy Manual*, Department of Community Health, MOH, Government of Kenya, Nairobi.
- MOH (2009b) *The Kenya Environmental And Sanitation Hygiene Policy*. MOH, Government of Kenya, Nairobi.
- MOH (2011) *The Rural Kenya Open Defecation Free Roadmap*, Government of Kenya, Nairobi.
- MOH (2012) *The Rural Kenya Open Defecation Free Reporting Framework*. Government of Kenya, Nairobi.
- MOH (2013a) *WASH Annual Report 2012-2013*, MOH, Government of Kenya, Nairobi, [http://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/media/DEH\\_Annual\\_Report\\_2012\\_2013.pdf](http://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/media/DEH_Annual_Report_2012_2013.pdf) [accessed 2 February 2016].

- MOH (2013b) *The Status of Sanitation in Busia County*, Government of Kenya, Nairobi.
- MOH (2014a) *The Annual Report 2012–2013*, The Department of Environmental Health, WASH Unit, MOH, Government of Kenya, Nairobi.
- MOH (2014b) *Strategy for Community Health 2014–2019: Transforming Health: Accelerating the Attainment of Health Goals*. USAID, PEPFAR and FANIKISHA.
- MOH/UNICEF (2015) *Realizing Open Defecation Free Rural Kenya; Achievements and Road Ahead. A Synthesized Analysis of Village Micro-Planning for Community Led Total Sanitation*, Government of Kenya, Nairobi.
- Musyoki, S. (2016) 'Roles and responsibilities for post-ODF engagement: building an enabling institutional environment for CLTS sustainability', in P. Bongartz, N. Vernon and J. Fox (eds.) *Sustainable Sanitation for All: Experiences, Challenges, and Innovations*, Practical Action Publishing, Rugby.
- National Coordinating Agency for Population and Development, Ministry of Medical Services, Ministry of Public Health and Sanitation, Kenya National Bureau of Statistics, ICF Macro (2010) *Kenya Service Provision Assessment Survey 2010*, <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SPA17/SPA17.pdf> [accessed 2 February 2016].
- Ochieng, B., Akunja, E., Edwards, N. Mombo, D., Marende, L. and Kaseje, D.C.O. (2014) 'Perceptions of health stakeholders on task shifting and motivation of community health workers in different socio demographic contexts in Kenya (nomadic, per-urban and rural agrarian)', *BMC Health Services Research*, 14(1): S4 <<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-S1-S4>>.
- Ochieng, G. (2014) *CHVs and CLTS Promoters Exchange Visit Report to Nambale Sub-County in Busia County*, WSP/MOH partnership.
- Perez, E. with Cardosi, J., Coombes, Y., Devine, J., Grossman, A., Kullmann, C., Kumar, A., Mukherjee, N., Prakash, M., Robiarto, A., Setiawan, D., Singh, U. and Wartono D. (2012) *What Does It Take to Scale Up Rural Sanitation?* Water and Sanitation Program Working Paper, World Bank, Washington DC, [www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-What-does-it-take-to-scale-up-rural-sanitation.pdf](http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-What-does-it-take-to-scale-up-rural-sanitation.pdf) [accessed 2 February 2016].
- Rao, V. (2015) *A Study of Two Natural Leaders' Organisations in India*, CLTS Knowledge Hub, [www.communityledtotalsanitation.org/resource/study-natural-leaders-networks-chhattisgarh-and-madhya-pradesh](http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/study-natural-leaders-networks-chhattisgarh-and-madhya-pradesh) [accessed 2 February 2016].
- Robinson, A. and Gnilo, M. (2016) 'Promoting choice: smart finance for rural sanitation development', in P. Bongartz, N. Vernon and J. Fox (eds.) *Sustainable Sanitation for All: Experiences, Challenges, and Innovations*, Practical Action Publishing, Rugby.
- Schouten, T. and Smits, S. (2015) *A State of the Art of Strengthening Monitoring Water Supply and Sanitation in Developing Countries*, IRC/ Practical Action Publishing, Rugby.
- Thomas, A. and Bevan, J. (2013) *Developing and Monitoring Protocol for the Elimination of Open Defecation in sub-Saharan Africa*, UNICEF, New York, [www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/Thomas\\_and\\_Bevan\\_Elimination\\_of\\_open\\_defecation\\_SSA.pdf](http://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/Thomas_and_Bevan_Elimination_of_open_defecation_SSA.pdf) [accessed 2 February 2016].

- Tyndale-Biscoe, P., Bond, M. and Kidd, R. (2013) *ODF Sustainability Study*, FH Designs and Plan International, [www.communityledtotalsanitation.org/resource/odf-sustainability-study-plan](http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/odf-sustainability-study-plan) [accessed 2 February 2016].
- UNICEF (2014) *Evaluation of the WASH Sector Strategy 'Community Approaches to Total Sanitation' (CATS)*, UNICEF, New York NY, [www.unicef.org/evaluation/files/Evaluation\\_of\\_the\\_WASH\\_Sector\\_Strategy\\_FINAL\\_VERSION\\_March\\_2014.pdf](http://www.unicef.org/evaluation/files/Evaluation_of_the_WASH_Sector_Strategy_FINAL_VERSION_March_2014.pdf) [accessed 2 February 2016].
- Venkataramanan, V. (2012) *Testing CLTS Approaches for Scalability Systematic Literature Review*, University of North Carolina and Plan International USA, Chapel Hill NC and Washington DC.
- Verhagen, J. and Carrasco, M. (2013) *Full Chain Sanitation Services That Last: Non Sewered Sanitation Services*, IRC, The Hague.
- Wamera, E. (2015) *Natural Leaders Training Report in Uasin Gishu County, Kenya*, WSSCC, Geneva.
- Weddady, A. and Sandoz, S. (2011) *Gradual Progression of Mixed CLTS- EFP Programme and Using Performance Bonus to Improve Facilitators' and Natural Leaders' Effectiveness*, UNICEF, Mauritania, [www.communityledtotalsanitation.org/resource/combining-clts-essential-family-practices-programme-and-using-performance-bonus](http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/combining-clts-essential-family-practices-programme-and-using-performance-bonus) [accessed 2 November 2015].
- Wijesekera, S. and Thomas, A. (2015) 'Taking stock: Reaching the bottom billion – beyond open defecation', *Waterlines*, 34(3) <<http://dx.doi.org/10.3362/1756-3488.2015.020>>.
- Water and Sanitation Program (WSP) (2011) *Factors Associated with Achieving and Sustaining Open Defecation Free Communities: Learning from East Java*, Research Brief, Water and Sanitation Program, Washington DC, [www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-Factors-Achieving-ODF-East-Java.pdf](http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-Factors-Achieving-ODF-East-Java.pdf) [accessed 2 February 2016].
- WSP (2014) *State of Sanitation in Busia County*, Water and Sanitation Program, World Bank: Washington DC.

